

5 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo integra os resultados deste estudo. A descrição da amostra e respectiva categorização sócio-demográfica e clínica são apresentadas em primeiro lugar e logo depois apresentam-se os resultados obtidos para a QDV pela aplicação do SGRQ. Seguidamente, apresentam-se as correlações significativas efectuadas entre domínios de ambos os instrumentos.

5.1 - ANÁLISE DESCRITIVA

5.1.1 - Caracterização Socio-demográfica da amostra

A amostra do nosso estudo é constituída por 50 pacientes com idades compreendidas entre os 49 e os 86 anos. A média de idade da amostra é de 71,70 anos, com um desvio padrão 9,112 anos (cf. Tabela 3)

Tabela 3 – Análise descritiva da idade da amostra

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Masculino	48	49	85	71,52	9,027
Feminino	2	66	86	76,00	14,142
Total	50	49	86	71,70	9,112

A Tabela 4 apresenta as restantes características sociodemográficas da amostra. No que se refere à distribuição da amostra por género, verifica-se um predomínio do sexo masculino (96%) relativamente ao feminino (4%) o que confirma uma característica documentada da DPOC pelo Relatório do Observatório Nacional de Doenças Respiratórias de 2009. Os resultados relativos ao estado civil permitem-nos verificar que, a maioria dos participantes da amostra é casado (78%) e os restantes elementos (22%) eram viúvos, divorciados e separados.

Relativamente à escolaridade verificou-se que uma percentagem significativa dos inquiridos tem baixo nível de escolaridade, 68% dos inquiridos possui o nível básico de escolaridade (1º ciclo), e 12% não sabe ler nem escrever, o que perfaz um total da amostra de 80%. Os restantes 20% tinham uma escolaridade superior ao 2º ciclo.

Em termos de zona de residência 68% dos participantes vivem em zona rural e os restantes 32% em zona urbana.

No que diz respeito à situação profissional, apenas três (6%) era profissionalmente activo estando os restantes participantes, 47, profissionalmente inactivo (94%), sendo na sua maioria reformados.

Os resultados mostram no que se refere ao agregado familiar que 80% dos participantes vive acompanhado e os restantes 20% vive sozinho.

Tabela 4 – Caracterização socio-demográfica da amostra.

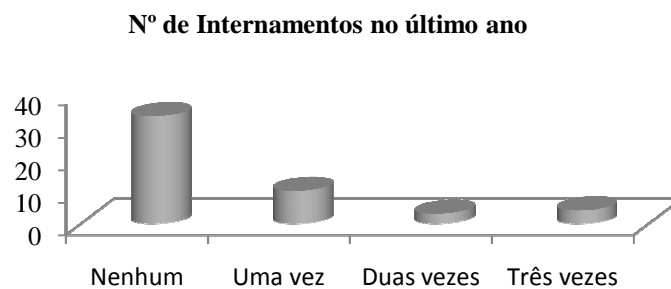
	N	%
Sexo		
Feminino	2	4,0
Masculino	48	96,0
Estado Civil		
Casado	39	78,0
Viúvo	8	16,0
Divorciado	2	4,0
Separado	1	2,0
Formação Literária		
Não sabe ler nem escrever	6	12,0
1.º Ciclo	34	68,0
2.º Ciclo	6	12,0
3.º Ciclo	2	4,0
Curso superior	1	2,0
Outro	1	2,0
Zona de Residência		
Urbano	16	32,0
Rural	34	68,0
Situação Profissional		
Empregado	2	4,0
Desempregado	1	2,0
Reformado	46	92,0
Outro	1	2,0
Agregado Familiar		
Vive sozinho	10	20,0
Vive com o companheiro(a)	35	70,0
Vive com parentes	5	10,0
Funcionalidade familiar		
Altamente funcional	48	96,0
Moderada disfunção	1	2,0
Disfunção acentuada	1	2,0

Podemos também verificar que a grande maioria dos participantes se encontra inserido em famílias que percebem como altamente funcionais (96%); 2% afirmou pertencer a uma famílias com moderada disfunção e 2% a famílias com disfunção acentuada (cf. Tabela 4).

5.1.2 – Caracterização Clínica da amostra

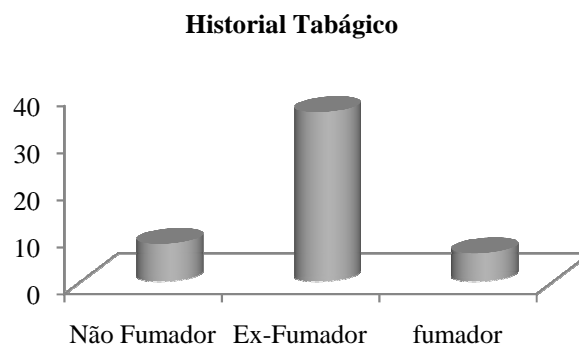
A análise descritiva das variáveis clínicas permite constatar que a média de internamentos é baixa ($0,56 \pm 0,929$) uma vez que do total de inquiridos, 33 declaram nunca ter estado internados no último ano, dez estiveram internados somente uma vez, três afirmam ter estado internados duas vezes e quatro já passaram por esta experiência três vezes (Gráfico 1).

Gráfico 1 – N.º total de internamentos dos doentes com DPOC.



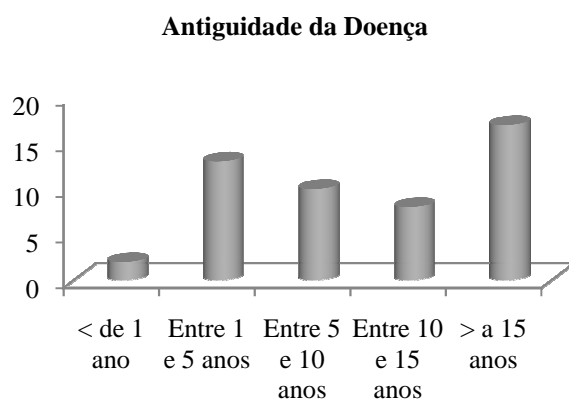
Quanto aos hábitos tabágicos dos inquiridos, verifica-se que a maioria apresenta historial de tabagismo: 72% era ex-fumador e 12% ainda fumador activo.(Gráfico 2).

Gráfico 2 – Historial Tabágico da amostra



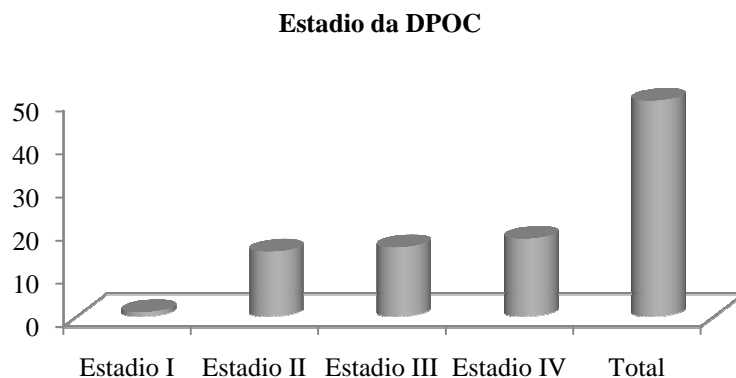
No que se refere à antiguidade da doença verificamos que em 34% dos doentes com DPOC a doença foi diagnosticada há mais de 15 anos, 26% afirma que o diagnóstico da doença ocorreu entre 1 e 5 anos, 20% refere que tal aconteceu entre 5 e 10 anos, 16% foi diagnosticado entre 10 e 15 anos e somente 4% indica um diagnóstico com menos de um ano (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Análise de frequência da Antiguidade da doença.



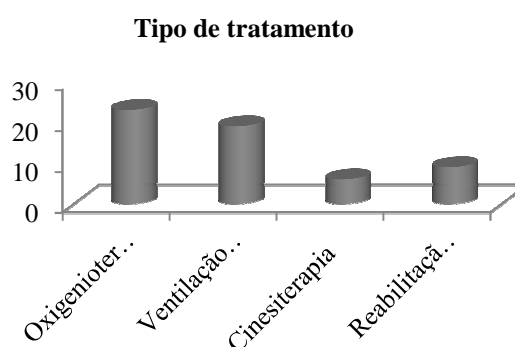
Quanto ao estadio da doença, verificamos que apenas um inquirido (2%) se encontrava no estadio menos grave da doença ou seja no estadio I. Encontramos no estadio II e III da DPOC, 15 e 16 inquiridos, respectivamente. O maior número de participantes foi registado no estadio IV da doença, com 18 inquiridos ou seja 36% da total da amostra (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Análise de frequência do Estadio da doença.



Relativamente ao tipo de tratamento não farmacológico, verificamos que a generalidade dos doentes inquiridos (46%) encontram-se a fazer Oxigenioterapia, 38% utilizam Ventilação não invasiva, 12% realiza Cinesiterapia e 18% está a cumprir o programa de Reabilitação Respiratória (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Tipo de tratamento dos doentes da amostra



5.1.3 - Caracterização da Qualidade de Vida da amostra

Como anteriormente referido, o instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida dos doentes com DPOC foi o SGRQ, um instrumento constituído por três domínios distintos: Sintomas, Actividades e Impacto Psicossocial.

A análise da consistência interna permitiu confirmar a validade da escala, assim como das subescalas que avaliam os diferentes domínios da qualidade de vida dos doentes com DPOC (cf. Tabela 5).

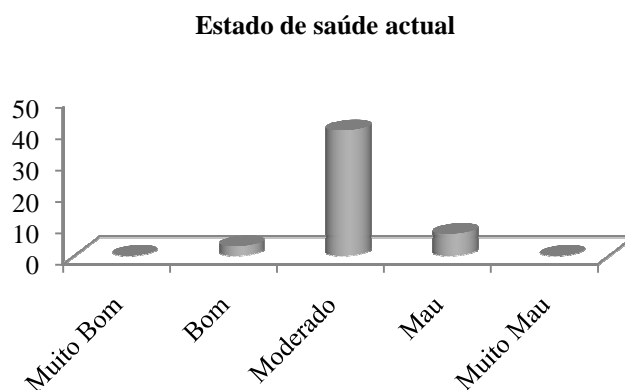
Tabela 5 – Análise da consistência interna (α -Cronback).

	N itens	α .
Sintomas	8	0,774
Actividade	16	0,862
Impacto Psicossocial	26	0,864
QVT-total	50	0,915

A primeira questão do SGRQ - “Assinale com “x” a resposta que descreve melhor o seu estado de saúde actual” - foi analisada separadamente, tal como recomenda o autor do

instrumento Paul Jones, no *St George's Respiratory Questionnaire Manual* (JONES; FORDE, 2008), verificando-se que, a maioria dos doentes com DPOC (80%), avalia o seu estado de saúde actual como sendo moderado (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Auto-avaliação do Estado de saúde actual dos doentes com DPOC.



A Tabela 6 apresenta os valores médios dos scores obtidos por meio do questionário específico SGRQ. Segundo Sousa, Jardim e Jones (2000), o valor aceitável para a QDV considerada normal é até 10%. Observa-se que todos os participantes apresentaram, em pelo menos um dos domínios do questionário SGRQ, valores acima dos 10%, o que significa comprometimento da sua QDV.

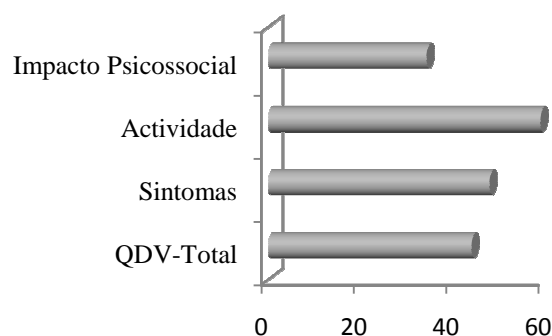
Os scores individuais, calculados conforme orientações do autor do questionário, podem ser observados em apêndice (APÊNDICE I) e a par do valor total geral do questionário, são apresentados, em percentagem de alteração percebida pelos doentes com DPOC, os valores relativos a cada domínio. Apenas o participante 38 apresentou valores inferiores a 10% nos três domínios avaliados, assim como na avaliação da QDV total com um valor de 7,40%, o que representa QDV normal.

Tabela 6 – Análise descritiva da QDV e seus domínios (scores em percentagem).

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Sintomas	50	0,00	93,04	47,89	22,93
Actividade	50	5,92	100,0	58,88	21,22
Impacto	50	3,06	81,14	34,23	21,21
QDV-Total	50	7,40	82,23	43,97	19,54

Verifica-se assim, que é no domínio das “Actividades” (tarefas diárias que os indivíduos executam, tais como, subir escadas, vestir-se, ir às compras e vida social) que a QDV dos doentes com DPOC é mais afectada, seguindo-se o domínio dos “Sintomas” (sintomas respiratórios, a frequência e a severidade) e, por último, o “Impacto psicossocial” (refere-se ao controlo da doença, às expectativas do doente, os medicamentos e como a doença interfere na vida diária e no seu bem-estar) (Gráfico 7).

Gráfico 7 – Alteração média da QDV e seus domínios (scores em percentagem).



5.2 – ANÁLISE INFERENCIAL

No sentido de perceber quais são os factores que influenciam a qualidade de vida do doente com DPOC, procedemos à análise inferencial desta variável dependente. Determinámos como variáveis independentes algumas características da vida do doente com DPOC que nos pareceram susceptíveis de condicionar a sua qualidade de vida, nomeadamente, a idade, o sexo, o estado civil, a escolaridade, a situação profissional, a funcionalidade familiar, o número de internamentos no último ano, a antiguidade e o estadio da doença, o historial tabágico entre outras.

5.2.1 – Relação entre variáveis Socio-demográficas e a QDV

HIPOTESE 1 – *A Qualidade de Vida depende dos factores sócio demográficos.*

Para testar esta hipótese foram criadas seis sub-hipóteses. Para ser possível uma análise estatística inferencial de todas as variáveis socio-demográficas e, devido às características (do n baixo) da nossa amostra, foi necessário proceder a alguns agrupamentos, que serão descritos mais adiante.

H1 a) – Existe diferença na QDV dos doentes com DPOC de sexos diferentes.

No que se refere às variáveis socio-demográficas, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o sexos e os três domínios estudados da QDV, o que nos leva a rejeitar esta sub-hipótese formulada (cf. Tabela 7).

Tabela 7 – Análise da QDV em função do sexo.

	N	Média	Desvio-padrão	t-teste	
Sintomas				F	P
Masculino	48	47,15	22,81	0,005	0,489
Feminino	2	65,64	25,52		
Actividade					
Masculino	48	59,05	21,02	0,907	0,784
Feminino	2	54,79	35,57		
Impacto Psicossocial					
Masculino	48	34,23	21,18	0,266	0,998
Feminino	2	34,19	30,96		
QDV total					
Masculino	48	43,90	19,41	0,657	0,903
Feminino	2	45,65	31,46		

H1 b) - A QDV dos doentes com DPOC varia na razão inversa da idade.

H1 c) - Os diferentes estados civis determinam diferenças na QDV dos doentes com DPOC.

H1 d) - Existe relação entre escolaridade e a QDV dos doentes com DPOC.

H1 e) - Existe relação entre a situação profissional e a QDV dos doentes com DPOC.

H1 f) - Existe relação entre funcionalidade familiar e a QDV dos doentes com DPOC.

Assim, em relação à variável idade foram criados dois grupos: aqueles com idades até 65 anos inclusível e um segundo grupo com idades acima dos 65 anos. Para o estado civil foram também criados dois grupos: os que são casados e no segundo grupo os que são solteiros, viuvos, divorciados ou separados. A variável formação literária foi agrupada da

seguinte forma: os indivíduos analfabetos e os que frequentaram o 1.º Ciclo passaram a constituir um grupo e os restantes indivíduos, com formação superior ou igual ao 2º ciclo, um segundo grupo. Em relação à situação profissional consideramos os inquiridos profissionalmente inactivos num grupo e os restantes como profissionalmente activos.

Tabela 8 – Correlação entre as variáveis socio-demográficas e a QDV.

	Sintomas	Actividade	Impacto Psicossocial	QVD-total
Idade	r=0,018 p=0,899	r=-0,062 p=0,669	r=-0,092 p=0,525	r=-0,075 p=0,603
Estado civil	r=-0,196 p=0,173	r=-0,045 p=0,755	r=-0,012 p=0,936	r=-0,079 p=0,587
Formação literária	r=-0,014 p=0,924	r=-0,139 p=0,336	r=-0,083 p=0,566	r=-0,087 p=0,550
Situação profissional	r=-0,163 p=0,257	r=-0,246 p=0,086	r=-0,230 p=0,108	r=-0,261 p=0,068
Agregado familiar	r=-0,062 p=0,667	r=-0,043 p=0,765	r=-0,128 p=0,375	r=-0,049 p=0,738
Zona residencial	r=-0,168 p=0,244	r=-0,122 p=0,399	r=-0,113 p=0,435	r=-0,104 p=0,472
Funcionalidade familiar	r=0,024 p=0,866	r=-0,178 p=0,217	r=-0,068 p=0,640	r=0,058 p=0,688

Através da análise da Tabela 8 podemos verificar que não se encontraram relações entre a QVD dos doentes com DPOC e as restantes características pessoais estudadas.

Relativamente à avaliação da funcionalidade familiar, realizada com a APGAR, não se verifica nenhuma relação entre esta variável e a avaliação da QDV ($r=0,058$; $p=0,688$).

Os valores apresentados pelo teste permitem concluir que a qualidade de vida dos doentes com DPOC não depende das variáveis sociodemográficas, e por isso rejeitamos a hipótese enunciada.

5.2.2 – Relação entre variáveis Clínicas e a QDV

HIPOTESE 2 - Existe associação entre as variáveis clínicas e a Qualidade de Vida do doente com DPOC.

Para testar esta hipótese foi necessário subdividi-la em cinco sub-hipóteses.

Procedemos tal como nas variáveis sociodemográficas, a alguns agrupamentos que serão discritos oportunamente.

H2 a) – Existe relação entre o N° de internamentos no último ano e a QDV dos doentes com DPOC.

No que se refere ao n.º de internamentos no último ano, verificou-se uma relação muito forte entre esta variável e os domínios “Actividades”, “Impacto Psicossocial” e “QDV total”, e uma relação forte entre o domínio dos “Sintomas” e o n.º de internamentos. Neste sentido, os doentes com maior número de internamentos no último ano, avaliaram como mais significativas as mudanças na QVD causadas pela doença. (cf. Tabela 9).

Este resultado leva-nos a aceitar a sub-hipótese anteriormente formulada.

H2b) – Existe relação entre o historial tabágico e a QDV dos doentes com DPOC.

Para a variável historial de tabagismo, foram criados dois grupos: um primeiro grupo para os não fumadores e o segundo grupo onde foram incluídos os indivíduos fumadores e ex-fumadores. Verificamos que o historial de tabagismo não apresentou nenhuma relação directa com a avaliação da QDV total pelo SGRQ, nem com nenhum dos seus domínios (cf. Tabela 9).

Este resultado leva-nos a rejeitar a sub-hipótese anteriormente formulada.

H2 c) – Existe relação entre a antiguidade da doença e a QDV dos doentes com DPOC

A antiguidade da doença foi também trabalhada em dois grandes grupos: os indivíduos que referem uma antiguidade da doença até 10 anos foram considerados o grupo um; os indivíduos com doença há mais de 10 anos considerados o grupo 2.

Esta variável não apresentou correlação com a avaliação da QVD dos doentes com DPOC (cf. Tabela 9).

Somos obrigados a rejeitar a sub-hipótese anteriormente formulada.

H2 d) – Existe relação entre o estadio da doença e a QDV dos doentes com DPOC.

Os resultados apresentados na tabela 10, permitem-nos verificar que os domínios “Actividades”, “Impacto Psicossocial” e a “QDV total” são significativamente afectados pelo estadio da doença. A correlação entre o estadio da DPOC e os domínios da QDV referidos é muito forte, demonstrando que os doentes em estadios avançados da doença reconhecem que muitas das actividades diárias causam ou são limitadas pela falta de ar, o que tem repercussões no seu desempenho social e no bem-estar psicologico.

Em relação ao domínio dos “Sintomas” não foi encontrada nenhuma correlação.

Face aos resultados apresentados aceitamos parcialmente a sub-hipótese anunciada.

H2 e) – Existe relação entre o tratamento não farmacológico e a QDV dos doentes com DPOC.

O tratamento não farmacológico avaliado neste estudo, não apresentou correlação com a QDV dos doentes com DPOC (cf. Tabela 9), pelo que rejeitamos a sub-hipotese elaborada.

Tabela 9 – Correlação entre as variáveis clínicas e a QDV.

	Sintomas	Actividade	Impacto Psicossocial	QVD-total
N.º de internamentos	r=0,287* p=0,043	r=0,410** p=0,003	r=0,448** p=0,001	r=0,455** p=0,001
Histórico de tabagismo	r=-0,085 p=0,557	r=-0,015 p=0,917	r=-0,049 p=0,735	r=-0,079 p=0,584
Antiguidade da doença	r=0,183 p=0,203	r=0,092 p=0,527	r=0,184 p=0,200	r=0,162 p=0,261
Estadio DPOC	r=0,158 p=0,274	r=0,441** p=0,001	r=0,366** p=0,009	r=0,377** p=0,007
Tratamento	r=0,094 p=0,515	r=0,240 p=0,093	r=0,226 p=0,115	r=0,255 p=0,074

No entanto, ao correlacionar cada um dos tratamentos individualmente, verificamos que existe uma relação forte entre o uso de Oxigenioterapia e os domínios “Actividades” e “QDV total”, com valores de r=0,313*; p=0,027 e r=0,299*; p=0,035, respectivamente (Tabela 10).

Tabela 10 – Correlação entre Oxigenioterapia e QDV.

	Sintomas	Actividades	Impacto Psicosocial	QDV total
Oxigenioterapia	r=0,159 p=0,272	r=0,313* p= 0,027	r=0,274 p=0,054	r=0,299* p= 0,035

Verificamos ainda que o estadio da DPOC está associado ao tipo de tratamento, uma vez que os doentes em estadios mais avançados tendem a usar mais frequentemente a Oxigenioterapia e a Reabilitação Respiratória (Tabela 11). De facto, de acordo com as indicações da DGS (2009), a reabilitação respiratória é aplicável a partir do estadio GOLD II, mas dirigida essencialmente a doentes com sintomas incapacitantes, o que regra geral acontece em estádios avançados da doença.

Tabela 11 – Correlação entre o tipo de tratamento e o estádio da doença.

	Oxigenioterapia	Ventilação não invasiva	Cinesiterapia	Reabilitação Respiratória
Estádio DPOC	r=0,585 p= 0,000	r=0,221 p=0,122	r=0,135 p=0,352	r=0,292 p= 0,040

Há também uma correlação muito forte entre o estadio da DPOC e o n.º de internamentos no último ano (r=0,442**; p=0,001).

6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No capítulo da apresentação dos resultados, fomos elaborando um ou outro comentário acerca de determinados valores que considerámos oportunos. Contudo este é o momento e o espaço indicado para a interpretação dos mesmos, tendo em conta os conhecimentos e referências com que constatamos ao longo das leituras efectuadas para a fundamentação teórica deste estudo e o relacionamento dos dados de trabalhos anteriores realizados nesta área.

Na elaboração deste capítulo iremos, por um lado, debruçar-nos sobre os resultados que consideramos mais pertinentes e, a partir desta análise, tecer as considerações que julgamos adequadas. Por outro lado, procuraremos estabelecer as comparações necessárias com o que fomos referindo no capítulo da fundamentação teórica e, sobretudo, com os resultados de estudos de natureza semelhante. A obtenção destas duas finalidades irá decorrer conjuntamente.

Precedemos à discussão dos resultados, tendo em conta a sequência da sua apresentação. Assim, em primeiro lugar iremos proceder à análise relativa aos factores pessoais e clínicos, seguindo-se a análise do comportamento das variáveis no total da amostra e a sua relação com a qualidade de vida.

Tal como referimos anteriormente a amostra deste estudo é constituída por 50 doentes com o diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Os dados socio-demográficos que caracterizam a amostra mostram grandes discrepâncias na repartição por sexos, uma vez que 96% dos indivíduos entrevistados são do sexo masculino e 4 % são do sexo feminino. Estes resultados estão de acordo com vários estudos nacionais e internacionais. Antonelli-Incalzi e colaboradores (2003), Dourado et al. (2004), Noeli Pagini (2008), Moreira et al. (2009) e Couto (2010) são alguns dos autores que comprovam nos estudos, o predomínio da DPOC no sexo masculino. Os factores que contribuem para esta tendência prendem-se sobretudo com a questão da DPOC ter como factor de risco o tabagismo, característica muito comum entre os homens, embora esta tendência esteja a mudar. Segundo o Anuário Estatístico de Portugal 2008, a proporção de fumadores no periodo de 2005/2006 era mais

elevada nos homens (28,9%, face a 11,2% nas mulheres). Do mesmo modo, a proporção de ex-fumadores era também mais elevada nos homens (24,4%, face a 6,5% nas mulheres) (INE, 2009).

Segundo Pessôa e Pessôa (2009), muitos estudos mostram um risco duas vezes maior para DPOC no sexo masculino. No entanto, ao controlar os resultados para tabaco e história ocupacional, o risco para DPOC torna-se igual para homens e mulheres.

No que diz respeito à idade dos inquiridos, encontramos uma média de 71,70 anos. Estes dados vão de encontro aos resultados do estudo realizado por Aguiar (2010) na Universidade da Beira Interior, e à informação divulgada pela DGS (2005), segundo a qual a prevalência da DPOC aumenta com a idade. Alguns estudos de âmbito internacional apresentam dados semelhantes, de que é exemplo o estudo de Kerkoski, Borenstein e Silva (2010) onde a média de idade era 70,37 anos.

Relativamente ao estado civil, à escolaridade e à situação profissional dos inquiridos, o nosso estudo revelou que 78% era casado, 80% tinha baixo nível de escolaridade (1º ciclo e analfabetismo) e 92% era reformado. Os resultados encontrados por Vargas et al. (2001), Pereira (2009) e Couto (2010) para as variáveis sociodemográficas mencionadas foram semelhantes aos do nosso estudo, ou seja, os participantes eram sobretudo casados, reformados e com baixa escolaridade.

No que concerne ao agregado familiar 70% vive com o companheiro. Encontramos apenas o estudo de Couto (2010), a avaliar esta variável em doentes com DPOC onde a maioria (53,3%) dos participantes vivia também em casal.

Quanto à funcionalidade familiar, 96% dos inquiridos encontra-se inserido numa família altamente funcional, 2% numa família com moderada disfunção e 2% numa família altamente disfuncional. Em relação a esta questão, só encontramos na bibliografia um estudo realizado em Espanha onde esta variável foi avaliada em doentes com DPOC. Vargas et al. (2001), regista no seu estudo que 79,7% dos participantes se encontra inserido numa família funcional, 17,4% tinham disfunção familiar moderada e 2,9% disfunção acentuada.

Pensamos que os resultados encontrados no nosso estudo em relação à funcionalidade familiar podem não ser os mais verdadeiros, se tivermos em linha de conta que durante o preenchimento/leitura do questionário esteve presente uma pessoa desconhecida podendo existir desvalorização desta problemática, ao gerar maiores restrições em falar da esfera íntima familiar e que envolve sempre terceiros.

Em relação às variáveis clínicas, a análise descritiva permite ver que a média de internamentos no último ano é baixa ($0,56 \pm 0,929$). Não encontramos na bibliografia consultada nenhum estudo que regista-se o n.º de internamentos. Contudo, verificamos a existência de estudos onde a avaliação da readmissão hospitalar em pacientes com DPOC foi contemplada, sendo exemplo disso os estudos de Osman et al. (1997) e Carneiro et al. (2010).

No que toca ao historial tabágico verificamos que 72% dos inquiridos era ex-fumador e 12% era ainda fumador activo, o que prefaz um total de 84% da amostra com historial tabágico. Estes valores em nada nos surpreenderam, dado estar comprovado ser o tabagismo o grande factor de risco para a DPOC. Os vários estudos consultados durante a pesquisa bibliográfica, comprovam que a maior percentagem corresponde aos ex-fumadores, o que coincide com os resultados do nosso estudo (ARREGUI; EZQUERRA; LÓPEZ, 2007) (CARNEIRO et al., 2010) (PAGINI, 2008) (PINTO et al., 2010).

No que diz respeito à antiguidade da doença definimos cinco grupos para cinco periodos de tempo distintos: 1) inferior a um ano; 2) entre um e cinco anos; 3) entre 5 e 10 anos; 4) entre 10 e 15 anos; 5) superior a 15 anos. Foi neste último grupo que encontramos o maior número de inquiridos, 34%, o que demonstra o carácter progressivo e crónico da DPOC e traduz um tempo média da doença bastante elevado quando comparamos com os estudos de Carneiro et al. (2010), Kerkoski, Borenstein e Silva (2010) e Pereira et al. (2009).

Identificamos em relação ao Estadio da DPOC, uma amostra populacional com doença pulmonar avançada, com 36% dos inquiridos no estadio IV ou muito grave da doença, 32% no estadio III ou grave, 30% no estadio II ou moderado e apenas 2% no estadio I ou leve da doença. Este perfil, embora extraído de uma pequena amostra, aproxima-se do apresentado noutros estudos, nomeadamente Carneiro et al. (2010). O facto de encontrar mais pacientes em fase avançada da doença, deve-se ao facto do diagnóstico ser feito tardiamente, já que os doentes podem não manifestar sintomas significativos, mesmo quando já apresentam baixos volumes de fluxo expiratório quando se realiza a espirometria.

Os dados que caracterizam a amostra em relação ao tipo de tratamento não farmacológico, mostram que a generalidade dos doentes inquiridos (46%) cumpriam Oxigenioterapia e 38% estavam sob Ventilação não Invasiva. O programa de Reabilitação Respiratória era cumprido por 18% dos inquiridos. Carneiro e colaboradores (2010), avaliou no seu estudo apenas dois destes tipos de tratamento: Oxigenioterapia e Ventilação não Invasiva. Encontrou resultados semelhantes ao do nosso estudo com uma percentagem de 46,5% da amostra a cumprir Oxigenioterapia e 11,9% sob Ventilação não Invasiva.

Pensamos que os factores que contribuem para estes resultados prendem-se sobretudo com o facto de se tratar de uma amostra populacional com predomínio efectivo do estadio IV da doença, ou seja, caracterizada por uma limitação ventilatória muito grave necessitando de acordo com as recomendações da GOLD de oxigenioterapia domiciliar.

No que concerne à avaliação da qualidade de vida dos doentes com DPOC, chegámos a resultados semelhantes aos apresentados por outros autores de estudos anteriores realizados nesta área. A avaliação medida pelo SGRQ, revelou uma qualidade de vida com valores médios de $43,97 \pm 19,54$, ou seja uma qualidade de vida bastante prejudicada, se considerarmos que valores acima de 10% indicam condição de anormalidade. Os nossos resultados vão de encontro aos de Fernández Vargas (2001), Camelier et al. (2006), Arregui, Ezquerro, López (2007) e Pinto et al. (2010).

Alguns autores num estudo transversal realizado com 42 doentes com DPOC, ao utilizarem um questionário genérico (SF36) e um específico (SGRQ), encontrando valores globais médios muito superiores ao do nosso estudo, $54,0 \pm 22,7$, revelando uma qualidade de vida bastante prejudicada.

Verificámos ainda no nosso estudo, que o domínio das “Actividades” (tarefas diárias que os indivíduos executam, tais como, subir escadas, tomar banho, vestir-se, ir às compras e vida social) é aquele que é mais afectado, seguido do domínio dos “Sintomas” e por último o domínio do “Impacto Psicossocial”. Os resultados coincidem com a maioria dos estudos que utilizaram este questionário, como os trabalhos de Fernández Vargas et al. (2001), Arregui, Ezquerro, López (2007) e Pinto et al. (2010), e com outros estudos que usaram questionários genéricos, como o WHOQOL-100 num trabalho realizado por Kerkoski, Borenstein e Silva (2010), onde os participantes referiram que os domínios físico e nível de independência eram os que exerciam maior influência na sua qualidade de vida.

Esta análise permite compreender que a maior queixa das pessoas com DPOC está relacionada com as restrições que a doença impõe nas actividades do dia-a-dia, sejam elas as actividades mais corriqueiras do quotidiano ou actividades mais complexas, como aquelas que se relacionam com o seu trabalho.

Considerámos até ao momento a discussão das características da amostra em relação às diferentes variáveis estudadas. De seguida vamos discutir as hipóteses inicialmente levantadas.

Considerando as variáveis socio-demográficas, verificou-se que nenhuma delas exerce influência sobre a QDV dos doentes com DPOC.

Embora fosse esperado que a idade avançada dos inquiridos provocasse uma diminuição da QDV, tal não foi verificado no nosso estudo. Este resultado deve ser interpretado com alguma reserva na medida em que existem autores que reforçam a existência de uma relação positiva entre a idade e a QDV dos doentes com DPOC, como é o caso de Arregui, Ezquerro, López (2007) e Pinto et al. (2010). Talvez possamos explicar estes resultados, tal como Ketelaars et al. (1996 apud Havlucu et al., 2005), pelo facto de existir uma maior tolerância dos doentes com idade avançada, às limitações sentidas no desempenho das actividades diárias, ou seja, assumirem este comprometimento como algo “normal” na idade avançada.

A não influência do género na QDV dos doentes com DPOC, é confirmado pelos estudos de Ståhl et al. (2005), Havlucu et al. (2005), Carneiro et al. (2010) e por Silva (2011). É importante referir que na amostra em estudo, existiam apenas dois elementos do sexo feminino, pelo que os resultados terão novamente de ser interpretados com alguma reserva.

Em relação às restantes variáveis sociodemográficas em estudo, importa referir que foram poucos os estudos consultados que divulgam dados relativos à influência destas na QDV dos doentes com DPOC. No que concerne ao estado civil, apenas Silva (2011) confirma a não relação entre esta variável e a QDV. No entanto, no que diz respeito à escolaridade, a mesma autora, refere que esta se comporta como uma preditora de qualidade de vida nos indivíduos com DPOC.

Ao correlacionarmos o conjunto de variáveis clínicas com a QDV dos doentes com DPOC avaliada pelo SGRQ, encontramos apenas correlações positivas ao nível das variáveis: n.º de internamentos no último ano e estadio da DPOC.

Tal como referimos anteriormente, verificamos a existência de estudos onde a avaliação da readmissão hospitalar em pacientes com DPOC foi contemplada. Apesar da diferença de épocas, os trabalhos de Osman et al. (1997) e de Carneiro et al. (2010), apontam para uma relação entre o n.º de readmissões hospitalares e a má qualidade de vida, avaliada

pelo SGRQ. Estes dados vêm reforçar os resultados apresentados no nosso estudo, onde o n.º de internamentos se correlaciona de forma directa com valores elevados do SGRQ (isto é, indicativos de pior QDV).

A influência do consumo de tabaco no desenvolvimento e no prognóstico da DPOC é tão evidente que a Organização Mundial de Saúde através do programa GOLD (2006), recomenda a implementação de programas de controlo de tabagismo e a criação de consultas de desabituação tabágica acessíveis a todos os indivíduos fumadores. De acordo com Jones (1995 apud Pagini, 2008), os doentes, mesmo após anos de cessação tabágica, apresentam diminuição da função pulmonar, o que pode restringir significativamente o desempenho das actividades diárias. No entanto, apesar desta influência, não encontramos no nosso estudo relações entre o historial tabágico dos indivíduos e a sua QDV percebida. Estes dados vão de encontro aqueles que são apresentados por Ståhl et al. (2005), Pinto et al. (2010) e Silva (2011). Segundo Wijnhoven et al. (2001 apud Ståhl et al., 2005), o tabagismo activo aparece mesmo associado a melhores níveis de QDV, o que só pode ser explicado, segundo o autor, porque os indivíduos fumadores são aqueles que geralmente se encontram numa fase menos grave da doença.

A variável antiguidade da doença aparece na literatura essencialmente como variável descritiva e raramente relacionada com a QDV dos doentes com DPOC. Exemplo disto, são os trabalhos recentes de, Carneiro e colaboradores (2010), Kerkoski, Borenstein, Silva (2010) e Pereira et al. (2009). No presente estudo, verificamos que a duração da doença não influencia a QDV dos doentes com DPOC. Silva (2011), encontrou dados semelhantes aos nossos em relação ao tempo da doença, onde a correlação com a QDV medida pelo SGRQ aparece apenas associada ao domínio dos “Sintomas”, mas sem acrescentar valores significativos ao agravamento da qualidade de vida. Segundo a autora, estes resultados talvez se expliquem pelo facto dos doentes se adaptarem aos sintomas e limitações da doença ao longo do tempo, e apenas percebem o seu impacto quando ocorre um aumento da sua frequência ou da intensidade.

O estadio da DPOC foi das variáveis que mais se correlacionou com a QDV dos doentes com DPOC. Os resultados registam uma relação muito forte entre o estadio da DPOC e os domínios “Actividades”, “Impacto Psicossocial” e “QDV total”. No entanto, não se verificou qualquer relação entre a variável em questão e o domínio dos “Sintomas”. Apesar disto, os nossos resultados aproximam-se dos de outros estudos da área, como é exemplo Pinto et al. (2010), que também só verificou relação para os domínios “Actividades” e “QDV

total”. Stâhl e colaboradores (2005), identificaram que os graus de gravidade de 168 sujeitos com DPOC, classificados segundo a GOLD, afectaram o nível total da pontuação do SGRQ. Havlucu et al. (2005), diz-nos também que o valor de SGRQ aumentou (pior QDV) à medida que o estadio da doença progrediu. Oliveira et al. (2009), comparou os resultados da avaliação da QDV pelo SGRQ entre indivíduos com diferentes graus da doença, concluindo que o domínio das “Actividades” foi o que apresentou sempre maiores pontuações ou seja pior QDV.

No que se refere à variável tratamento não farmacológico não foram encontradas relações com a QDV dos doentes com DPOC. No entanto, ao avaliar de forma individual cada um dos tratamentos, verificamos que existe uma relação forte entre a utilização de oxigenioterapia e os domínios “Actividades” e “QDV total” do SGRQ. Existe, contudo alguma controvérsia em relação ao efeito da oxigenioterapia na QDV dos doentes com DPOC. O trabalho realizado por Carneiro et al. (2010) refere que não existe qualquer relação entre oxigenioterapia e QDV dos doentes com DPOC. Por outro lado Ferreira et al. (2003 apud Dourado et al., 2004), avaliaram a qualidade de vida de pacientes com DPOC e concluíram que aqueles pacientes que faziam oxigenoterapia de longa duração (OLD) eram também aqueles que apresentaram qualidade de vida (SGRQ) significativamente pior que os pacientes sem necessidade da mesma. Estes achados reforçam a necessidade de avaliações mais criteriosas nesse sentido.

7 – CONCLUSÕES E SUGESTÕES

As doenças respiratórias representam um peso considerável no grupo das doenças crónicas. Todos reconhecem que os riscos mais importantes para as doenças respiratórias crónicas são o tabagismo, tanto através do acto de fumar, como da exposição ao fumo ambiental, e ainda a deficiente qualidade do ar, interior e exterior.

Das doenças respiratórias crónicas mais frequentes, destacam-se a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), responsável por grande número de mortes e elevados custos decorrentes dos encargos em saúde e dos dias de trabalho perdidos.

A permanência do carácter progressivo e incurável da DPOC, quanto de várias outras doenças crónicas, tem levado os profissionais de saúde a reflectirem a respeito das verdadeiras necessidades apresentadas por estes doentes e assim, visualizarem novas metas no seu tratamento. Hoje, os profissionais de saúde cuidam dos doentes objectivando, não só aumentar a sua sobrevida, como também minimizar os seus desconfortos e melhorar a qualidade com que os mesmos vivem. A abordagem tanto teórica quanto prática do tema “qualidade de vida” deve interessar portanto a todos os profissionais de saúde sem excepção.

O presente estudo teve em conta conhecer a Qualidade de Vida do doente com DPOC e factores que nela intervêm, com base num conjunto de variáveis sócio-demográficas e clínicas que seleccionamos.

Realçar um olhar sobre o percurso desta investigação e desenvolver uma síntese final é o desafio neste momento se nos coloca. Assim, tendo em conta os objectivos inicialmente definidos neste processo investigativo e considerando-os eixos orientadores desta pesquisa, podemos auferir as seguintes conclusões:

- a população estudada é maioritariamente masculina, apresentando uma média de idades de 71,70 anos; são predominantemente casados; detêm baixos níveis de instrução e residem essencialmente em zona rural;
- os indivíduos em estudo encontram-se na sua maioria profissionalmente inactivos e vivem na sua maioria com o companheiro/cônjuge; a quase totalidade dos participantes encontra-se inserida em famílias altamente funcionais.

- apurámos em relação às variáveis clínicas, que a média de internamentos no último ano era baixa; a maioria dos participantes 84% era ou tinha sido fumador, sendo o estadio IV aquele que mais foi registado entre amostra em estudo; em 34% dos doentes a doença tinha sido diagnosticada à mais de 15 anos e dos tratamentos não farmacologicos quase metade da amostra (46%) fazia oxigenioterapia;
- concluimos que a limitação das actividades físicas contribui para o maior prejuízo na QDV, seguida pelos sintomas da doença e por fim o impacto psicossocial;
- apenas um participante apresentou valores inferiores a 10% nos três domínios avaliados, assim como na avaliação da QDV total com um valor de 7,40%, o que representa QDV normal;
- curiosamente na associação entre variáveis sociodemográficas e QDV não se verificou qualquer relação;
- por outro lado, em relação às variáveis clínicas e à qualidade de vida, verificámos que um maior número de internamentos e um estadio mais avançado da DPOC, contribui para uma menor QDV nos doentes com DPOC;
- a relação entre variáveis clínicas mostrou que o estágio da DPOC se relaciona de forma muito forte com o n.º de internamentos no último ano e também de forma forte com dois dos tipo de tratamento estudados – oxigenioterapia e reabilitação respiratória;

As conclusões deste tudo são um contributo que reforçam a legitimidade das investigações na área da qualidade de vida dos doentes com DPOC.

Gostaríamos de deixar algumas sugestões que podem contribuir para a melhoria dos cuidados junto aos doentes com DPOC:

- proporcionar nas unidades de atendimento aos doentes com DPOC, condições e serviços para a avaliação constante da QDV
- dinamizar e desenvolver actividades e/ou atitudes preventivas, de modo a suavizar os condicionalismos próprios de uma doença crónica respiratória;
- proporcionar a estes doentes informação multifacetada sobre a sua doença e orientações sobre as técnicas de conservação de energia;
- incluir o maior número possível de doentes em programas de reabilitação respiratória;

- inculzir hábitos de vida saudáveis e medidas que visem prevenir perdas funcionais, mantendo a pessoa com DPOC com as habilidades físicas necessárias para uma vida independente e autónoma;
- estimular melhoria na intervenção dos prestadores de cuidados aos vários níveis preventivos, curativos e de reabilitação;
- divulgar os resultados dos estudos junto dos cuidadores, dos gestores, partilhando conhecimentos, que poderão contribuir para a construção de novos saberes cruciais para proporcionar melhor qualidade de vida dos doentes com DPOC.

Os resultados do estudo levantam novas interrogações e sugerem novas pistas de investigação. Entre outros aspectos, realçamos a importância de investigar a relação da qualidade de vida nos doentes com DPOC com outras variáveis, tais como grau de dispneia, o IMC, e a presença de comorbilidades. Para futuras investigações, seria de facto de grande interesse a realização de um estudo que vise avaliar qual a influência que um programa de reabilitação respiratória tem na avaliação da QDV dos doentes com DPOC.

Pelo impacto que a DPOC tem, acreditamos que a prossecução da investigação nesta área é fundamental, já que os resultados obtidos são apenas um tónico para a sua continuação.

As doenças crónicas ou incapacitantes, nas quais encontramos a DPOC, exigem mais cuidados de saúde e outras formas de cuidados sociais e pessoais. Os cuidados de Enfermagem de Reabilitação são aqui indispensáveis para o resgate das capacidades das pessoas, às suas funções orgânicas e motoras. Nesse processo há cuidados que possibilitam o resgate social e a integração do sujeito à sociedade, na reconquista da sua cidadania. A enfermagem de Reabilitação enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que auxilia doentes com doenças agudas e crónicas a maximizar seu potencial funcional e independência física, emocional, social.

Uma das bases essenciais da reabilitação respiratória é a educação dos doentes e dos seus familiares, e o enfermeiro especialista de reabilitação encontra-se em posição excelente para planear junto com estes um programa de cuidados adequados. A actuação da enfermagem passa por dar poder aos doentes, de forma a que reconheçam e mobilizem as suas forças e capacidades, para vencer as limitações impostas pela doença, e que tanto afectam a Qualidade de Vida.

8 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Sabemos que num trabalho de mestrado sempre é possível que ocorram falhas na sua elaboração, pois o tempo é exíguo e temos de adoptar um caminho para procurar solucionar as nossas inquietações iniciais que levaram à execução do mesmo. Alguns aspectos referentes às limitações deste estudo são apontados a seguir.

- A amostra foi composta por um número relativamente reduzido de participantes, 50 doentes, o que influencia a possibilidade de generalizar os dados, podendo os nossos resultados apenas serem aplicados a grupos semelhantes aos usados neste estudo.
- Outra limitação é o número reduzido de mulheres no estudo, o que pode também ter influenciado a relação entre géneros.
- Um período maior de estudo com aplicação de um programa de reabilitação respiratória, poderia ser benéfico para analisar com um maior intervalo de tempo possíveis alterações que estatisticamente não foram significativas num único momento.
- Ressalve-se por último referir a dificuldade com que os participantes preencheram o instrumento utilizado para avaliar a Qualidade de Vida, o SGRQ, não só por ser extenso, mas também pela existência de muitas perguntas na negativa

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A

ABREU, Isabella Schoerer (2005). *Qualidade de Vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise no município de Guarapuava-PR*. Dissertação de Mestrado de Enfermagem em Saúde Pública, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 88 pp. Acedido em 29 de Maio de 2011 em http://www.google.pt/search?hl=ptPT&biw=1259&bih=623&q=isabela+shroeder+abreu&oq=isabela+shroeder+abreu&aq=f&aqi=&aql=&gs_sm=e&gs_upl.

AGUIAR, Ana Rita Cardoso de (2010). *Avaliação Multidisciplinar de doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Medicina, apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior. 61 pp. Acedido a 23 de Maio de 2011 em http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/118/847/anaritaaguiar_tese.pdf.

ANTOLNELLI-INCALZI, R.; IMPERIALE, C.; BELLIA, V.; CATALANO, F.; SCICHILONE, N.; PISTELLI, R.; RENGO, F. (2003). Do Gold stages of Copd severity really correspond to differences in health status? *European Respiratory Journal*. UK. 22, 444-449. Acedido a 4 de Junho de 2011 em <http://www.ersj.org.uk/content/22/3/444.full.pdf>

ARAÚJO, A. Teles (2011). *Epidemiologia da DPOC em Portugal e no mundo*. [S.l.:s.n.]. Acedido a 17 de Abril de 2011 em <http://www.paraquenaolhefalteoar.com/upload/File/Epidemiologia%20da%20DPOC%20em%20Portugal%20e%20no%20mundo.pdf>.

ARREGUI, M. A. Aibar ; EZQUERRA, K. Laborda; LÓPEZ, F. Conget (2007). Relación entre datos objetivos y calidad de vida percibida por el paciente con EPOC. *Anales de Medicina Interna*. 24(10), 473-477. Acedido a 1 de Junho de 2011 em http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992007001000003&script=sci_abstract

AZEREDO, Z.; MATOS, E. (1998). Avaliação do relacionamento do idoso em medicina familiar. *Geriatrics*. 2(20), 28-30

B

BARTHOLO, Thiago Prudente; GOMES, Margareth Martins; FILHO, Arnaldo José Noronha (2009). DPOC – o impacto da oxigenioterapia domiciliar no tratamento. *Pulmão RJ – Atualizações Temáticas*. Rio de Janeiro. 1(1), 79-84. Acedido a 12 de Maio de 2011 em http://www.sopterj.com.br/atualizacoes_tematicas/2009/13.pdf. ISSN 1415-4315.

BRUM, Crhis Netto de; LANGENDORF, Tassiane Ferreira (2009). Uma reflexão teórica da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). *Revista Espaço Acadêmico*. Maringá. 9(101), 139-146. Acedido a 9 de Novembro de 2010 em <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/issue/view/362>. ISSN 1519-6186. ISSN 1519-6186.

C

CAMELIER, Aquiles; ROSA, Fernanda Warken; SALMI, Christine; NASCIMENTO, Oliver Augusto; CARDOSO, Fábio; JARDIM, José Roberto (2006). Avaliação da qualidade de vida pelo Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória em portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica: validação de uma nova versão para o Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 32 (2), 114-122. Acedido a 1 de Junho de 2011 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1806-37132006000200006&script=sci_arttext

CARNEIRO, Rui; SOUSA, Cristiana; PINTO, Alexandre; ALMEIDA, Fernanda; OLIVEIRA, Júlio R.; ROCHA, Nelson (2010). Risco de reinternamento na doença pulmonar obstrutiva crónica – Estudo prospectivo com ênfase no valor da avaliação da qualidade de vida e depressão. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. XVI (5), 759-777. ISSN 0873-2159

CARVALHO, José Carlos Marques de (2002). *Transplantação de progenitores hematopoiéticos: qualidade de vida e coping*. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental, apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto. 111 pp. Acedido a 10 de Maio de 2011 em <http://www.google.pt/search?hl=ptPT&sa=X&ei=x3fnTbrnFMbJhAe6srWqCg&ved=0CBcQBsgA&q=QDV+nos+transplantados&spell=1&biw=1259&bih=623>

CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu Ramos, CREPALDI, André Luiz (2000). Qualidade de vida em doenças pulmonares crônicas: aspectos conceituais e metodológicos. *Jornal de Pneumologia*. São Paulo. 26(4), 207-213. Acedido a 9 de Novembro de 2010 em <http://www.scientificcircle.com/pt/75089/qualidade-vida-doencas-pulmonares-cronicas-aspectos/>. ISSN 0102-3586.

COSME; Alexandra Filipa; MARTINS, Liliana Maria Bernardes (2006). Cuidar do Doente com DPOC – Que incapacidades do doente? Que competências exigidas aos Enfermeiros?. *Sinais Vitais*. Coimbra: Formasau. ISSN 0872-8844. n.º 66, 47-49

COTE, Claudia G.; CELLI, Bartolome R. (2006). Novas estratégias de tratamento na DPOC – Juntar as novas estratégias com as experimentadas e as verdadeiras. *Postgraduate Medicine*. Algés: Euromédice. ISSN 0872-6590. 25(4), 23-32

COUTO, Tatiana Mesquita Barbosa (2010). *Caracterização da qualidade de vida e necessidades de idosos com DPOC*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, apresentada à Universidade de Aveiro, Univerdade de Aveiro Secção Autónoma de Ciências da Saúde. Acedido a 4 de Abril de 2011 em <http://biblioteca.sinbad.ua.pt/teses/2010001275>

D

DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE (2005). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica* – Circular Normativa n.º 4/DGCG. Lisboa, Ministério da Saúde. Acedido a 4 Fevereiro de 2011 em <http://www.dgs.pt/>.

DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE (2007). *Orientação Técnica sobre Diagnóstico e Controlo da Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva (DPOC)* – Circular Informativa n.º 9/DSPCS. Lisboa, Ministério da Saúde. Acedido a 10 de Abril de 2011 em <http://www.dgs.pt/?cr=11081>.

DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE (2008). *Vigilância global, prevenção e controlo das doenças respiratórias crónicas, uma abordagem integradora*. Lisboa, Ministério da Saúde.

DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE (2009). *Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)* – Circular Informativa n.º 40A/DSPCD. Lisboa, Ministério da Saúde. Acedido a 12 Maio de 2011 em <http://www.dgs.pt/>.

DIAS, Maria Aurelina Alves Ribeiro (2006). *Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e Satisfação com a vida. Um estudo em indivíduos amputados do membro inferior*. Dissertação de Mestrado em Ciências do Desporto na área de especialização em Actividade Física Adaptada, apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e da Educação Física da Universidade do Porto. Acedido a 29 de Maio de 2011 em http://sigarra.up.pt/fadeup/publs_pesquisa.FormView?P_ID=4922.

DOHERTY, Dennis E.; CHAPMAN, Kenneth R.; MARTINEZ, Fernando J.; BELFER, Mark H. (2008a). Diagnóstico precoce: melhorando o prognóstico. *Postgraduate Medicine*. Algés: Euromédice. ISSN 0872-6590. 29(4), 11-22

DOHERTY, Dennis E.; CHAPMAN, Kenneth R.; MARTINEZ, Fernando J.; BELFER, Mark H. (2008b). Tratamento multifacetado da DPOC. *Postgraduate Medicine*. Algés: Euromédice. ISSN 0872-6590. 29(4), 26-38

DOURADO, Victor Zuniga; ANTUNES, Letícia Cláudia de Oliveira; CARVALHO, Lídia Raquel de; GODOY, Irma (2004). Influência de características gerais na qualidade de vida de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 30 (3), 207-214. Acedido a 3 de Junho de 2011 em <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v30n3/v30n3a05.pdf>

F

FARIA, Inês; CLEMENTE, Susana; RODRIGUES, Fátima (2006). O Treino de Exercício e o Doente com DPOC – Uma Corrida para a Saúde. *Boletim do Hospital Pulido Valente*. Lisboa: Edidoctus. ISSN 0870-8363. 19(4), 173-175

FERNANDES, Alba Barros Souza (2009). Reabilitação respiratória em DPOC – a importância da abordagem fisioterapêutica. *Pulmão RJ – Atualizações Temáticas*. Rio de Janeiro. 1(1), 71-78. Acedido a 23 de Junho de 2011 em http://www.sopterj.com.br/atualizacoes_tematicas/2009/12.pdf

FERREIRA, Susana; NOGUEIRA, Carla; CONDE, Sara; TAVEIRA, Natália (2009). Ventilação não Invasiva. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. 15(4), 655-667. ISSN 0873-2159.

FORTIN, Marie-Fabienne (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta. 595 p. ISBN 978-989-8075-18-5

G

GALVEZ, D. S.; MALAGUTI, C.; BATTAGIM A. M.; NOGUEIRA, A.; VELLOSO M. (2007). Avaliação do aprendizado de pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica em um programa de reabilitação pulmonar. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 11(4), 311-317. Acedido a 23 de Junho de 2011 em http://www.physionext.com/?page_id=1076

GONÇALVES, Miguel R.; PINTO, Tiago (2008). Ventilação Mecânica não Invasiva: Novos Horizontes para a Intervenção da Fisioterapia. *EssFisiOnline*. Instituto Politécnico de Setúbal. 4(2), 655-667. Acedido a 12 de Maio de 2011 em http://www.ifisionline.ips.pt/Arquivos_EssFisio_files/vol4n2.pdf. ISSN 1646-0634

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE –GOLD (2006). *Estratégia Global para o Diagnóstico Condução e Prevenção da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica*. Acedido a 12 de Maio de 2011 em <http://www.goldpoc.com.br/documentos.php>.

H

HAVLUCU, Yavuz; PINAR, Çelik; GÖNÜL, Dinç; AYSIN, Sakar; ARZU, Yorgancioğlu (2005). Assessment of Quality of Life in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Turkish Respiratory Journal*. 6 (2), 78-83. Acedido a 3 de Junho de 2011 em http://toraks.dergisi.org/trj/pdf/pdf_TRJ_425.pdf

I

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2009). *Anuário Estatístico de Portugal 2008*. Lisboa, Portugal. ISBN 978-972-673-998-2

J

JONES, Paul W.; FORDE, Yvonne (2008). *St George's respiratory questionnaire for copd patients (SGRQ-C) Manual*. London, St. Georges, University of London

K

KERKOSKI, Edilaine; BORENSTEIN, Miriam Süsskind; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da (2010). Percepção de idosos com doença pulmonar obstrutiva crônica sobre a qualidade de vida. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. Rio de Janeiro. 14(4), 825-832. Acedido a 3 de Junho de 2011 em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a24.pdf>

KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia Garabeli Cavalli; TAKAYANAGUI, Angela Maria Magosso (2007). Qualidade de Vida – Aspectos Conceituais. *Revista Salus*. Guarapuava: Universidade Estadual do Centro-Oeste. 1(1), 13-15. Acedido a 11 de Maio de 2011 em <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/artigos/12.pdf>. ISSN 1980-2404

L

LEAL, Carla Manuela da Silva (2008). *Reavaliar o conceito de qualidade de vida*. [s.l.] Universidade dos Açores. Acedido a 11 de Maio de 2011 em <http://www.porto.ucp.pt/lusobrasileiro/actas/Carla%20Leal.pdf>

LEIDY, Nancy Kline (2010). Abordagem de aspectos comportamentais e emocionais da DPOC. *Postgraduate Medicine*. Algés: Euromédice. ISSN 0872-6590. 33(2), 33-40

M

MAGALHÃES, Maria Manuela Almendra (2009). O processo de cuidados de enfermagem à pessoa com deficiência ventilatória crónica - DPOC. *Revista Investigação em Enfermagem*. Coimbra: Formasau. ISSN 0874-7695. n.º 20, 26-39

MARCONI, Mariana de Andrade; LAKATOS, Eva Maria (2006). *Metodologia Científica*. 4ª ed. São Paulo: Atlas.

MARTINS, Rosa Maria Lopes (2004). *Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Universidade de Extremadura. Badajoz: Departamento de Psicología y Sociología de la Educación. 325 pp.

MATOS, Ana Paula Soares; MACHADO, Ana Cláudia Cardoso (2007). Influência de Variáveis Biopsicossociais na Qualidade de Vida em Asmáticos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília. 23(2), 139-148. Acedido a 7 de Dezembro de 2010 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722007000200004&lng=en&nrm=iso. ISSN 0102-3772

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. 5(1), 7-18. Acedido a 25 Maio de 2011 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100002 ISSN 1413-8123

MOREIRA, Graciane Laender [et al] (2009). Versão em português do Chronic Respiratory Questionnaire: estudo da validade e reprodutibilidade. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 35 (8), 737-744. Acedido a 16 de Maio de 2011 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009000800004

MORGADO, Manuel (2006). Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. *Boletim do CIM*. Lisboa: Ordem dos Farmacêuticos. 1(2). Acedido a 12 de Maio de 2011 em http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/doc2219.pdf

O

OBSERVATÓRIO NACIONAL DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS –ONDR (2009). *Relatório do Observatório Nacional de Doenças Respiratórias 2009*. Lisboa. Acedido a 16 de Abril de 2011 em http://www.ondr.org/relatorios_ondr.html

OBSERVATÓRIO NACIONAL DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS –ONDR (2008). *Relatório do Observatório Nacional de Doenças Respiratórias 2008*. Lisboa [s.n.]. Acedido a 16 de Abril de 2011 em <http://www.ondr.org/Relat%F3rio%20ONDR%202008.pdf>

OLIVEIRA, Flávio Boechat de; VALE, Rodrigo Gomes; GUIMARÃES, Fernando Silva; BATISTA, Luiz Alberto; DANTAS, Estélio H. M. (2009). Efeitos do grau de DPOC sobre a qualidade de vida de idosos. *Fisioterapia em Movimento*. Curitiba. 22 (1), 87-93. Acedido a 2 de Junho de 2011 em <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/RFM/view/?dd1=2620>

OSMAN, I. M.; GOLDDEN, D. J.; LEGGE, J.S.; DOUGLAS, J. G. (1997). Quality of life and hospital re-admission in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Advanced Nursing*. 46(1), 67-71. Acedido a 4 de Junho de 2011 em <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?>

P

PAGANI, Noeli (2008). *Percepção sobre Qualidade de Vida de Pacientes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde, apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. 87 pp. Acedido a 1 de Junho de 2011 em http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/5245/1/2008_NoeliPagani.pdf

PEREIRA, Ângela Maria Correia de Figueiredo Abreu (2009). *Benefícios do treino de exercício físico na pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Treino Combinado versus Treino Aeróbio*. Dissertação de Doutoramento no ramo da Motricidade Humana na especialidade de Fisioterapia, apresentada à Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa. 218 pp. Acedido a 4 de Abril de 2011 em <http://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/1748>

PEREIRA, Eanes Delgado Barros; PINTO, Renata; ALCANTARA, Marcelo; MEDEIROS, Marta; MOTA, Rosa Maria Salani (2009). Influência dos parâmetros funcionais respiratórios na qualidade de vida de pacientes com DPOC. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 35(8), 730-736. Acedido a 3 de Junho de 2011 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009000800003

PESSÔA, Carlos Leonardo Carvalho; PESSÔA, Roberta Suarez (2009). Epidemiologia da DPOC no presente – aspectos nacionais e internacionais. *Pulmão RJ – Atualizações Temáticas*. Rio de Janeiro. 1(1), 7-12. Acessado a 17 de Abril de 2011 em http://www.sopterj.com.br/atualizacoes_tematicas/2009/02.pdf.

PETTY, Thomas L. (2006). Fazer frente à crescente ameaça da DPOC. *Postgraduate Medicine*. Algés: Euromédice. ISSN 0872-6590. 25(4), 35-38

PINTO, Juliana Maria de Sousa; GONZÁLEZ, Jacinto Ramos; ARENILLAS, José Ignacio Calvo; NOGUERAS, Ana María Martín; GÓMEZ, Francisco Pedro Gómez (2010). A qualidade de vida relacionada com a saúde de doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica e asma avaliada pelo SGRQ. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. XVI (4), 543-558. ISSN 0873-2159

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed.

R

RIBEIRO, Adalgisa Peixoto; SOUZA, Edinilsa Ramos de; ATIE, Soraya; SOUZA, Amaro Crispim de; SCHLITZ, Arthur Orlando (2008). A influência das quedas na qualidade de vida dos idosos. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. 13(4), 1265-1273. Acessado a 25 de Maio de 2011 em http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232008000400023&script=sci_arttext. ISSN 1413-8123

RIES, Andrew L. (2010). O crescente papel da reabilitação na DPOC. *Postgraduate Medicine*. Algés: Euromédice. ISSN 0872-6590. 33(2), 26-32

S

SANTOS, Salomé Vieira (2006). Qualidade de Vida em crianças e adolescentes com problemas de saúde: conceptualização, medida e intervenção. *Psicologia, Saúde & Doença*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. 7(1), 89-94. Acedido a 26 de Maio de 2011 em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1645-00862006000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt ISSN 1645-0086

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa (2004). Qualidade de Vida e Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*. 20(2), 580-588. Acedido a 26 de Maio de 2011 em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/27.pdf>.

SILVA, Ana; ROMÃO, Cândida; PAVÃO, Donária; PEREDO, Fernanda; REIS, R. Palma dos (2006). A Adaptação Psicológica do doente com DPOC. *Boletim do Hospital Pulido Valente*. Lisboa: Edidoctus. ISSN 0870-8363. 19(3), 127-130

SILVA, José Maria Azenha Rodrigues (2004). *Qualidade de Vida no doente respiratório crónico*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. 173 pp.

SILVA, Maísa Shiramizu (2011). *Qualidade de Vida relacionada à saúde de pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Dissertação para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, apresentada à escola de enfermagem da Universidade de São Paulo. 89 pp. Acedido a 13 de Junho de 2011 em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-01062011-093604/fr.php>

SOUSA, Thais Costa da; JARDIM, José Roberto; JONES, Paul (2000). Validação do Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória (SGRQ) em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crónica no Brasil. *Jornal de Pneumologia*. Brasília: Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. 26(3), 119-128. Acedido a 12 de Maio de 2011 em <http://www.jornaldepneumologia.com.br/>. ISSN 0102-3586

STÅHL, Elisabeth [et al] (2005). Health-related quality of life is related to COPD disease severity. *Health and Quality of Life Outcomes*. 3 (56), 1-8. Acedido a 8 de Junho de 2011 em <http://www.springerlink.com/content/f302143v07q61r4n/fulltext.pdf>

V

VARGAS, A. M Fernández; ZAFRA, M. J. Bujalance; FERNÁNDEZ, F. Leiva; CRESPO, F. Martos; RUÍZ, A. J. García; ALARCÓN, F. Sánchez de la Cuesta y (2001). Salud autopercebida, apoyo social y familiar de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Medifam*. 11(9), 530-539. Acedido a 3 de Junho de 2011 em <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v11n9/original1.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE I
Percepção dos Doentes com DPOC sobre a QDV (SGRQ)

	SINTOMAS		ACTIVIDADES		IMPACTO PSICOSSOCIAL		QDV TOTAL	
	TOTAL	SCORE	TOTAL	SCORE	TOTAL	SCORE	TOTAL	SCORE
1	222	33,51%	642,8	53,16%	254,2	12,00%	1119	28,05%
2	458,2	69,16%	954,7	78,96%	1639,5	77,42%	3052,4	76,51%
3	442,6	66,81%	718,9	59,46%	868,2	41,00%	2029,7	50,88%
4	271,9	41,04%	1053	87,09%	910,6	43,00%	2235,5	56,04%
5	440,8	66,54%	576,2	47,66%	511,7	24,16%	1528,7	38,32%
6	289,9	43,76%	356,6	29,49%	183,4	8,66%	829,9	20,80%
7	0	0,00%	501,7	41,49%	201,1	9,50%	702,8	17,62%
8	186,5	28,15%	648,3	53,62%	589,9	27,85%	1424,7	35,71%
9	490,3	74,01%	731,1	60,47%	517	24,41%	1738,4	43,58%
10	168,4	25,42%	375,9	31,09%	273,1	12,90%	817,4	20,49%
11	422,6	63,79%	718,9	59,46%	1308,9	61,80%	2450,4	61,42%
12	616,4	93,04%	910,5	75,30%	642	30,31%	2168,9	54,37%
13	200,6	30,28%	432,7	35,79%	110,3	5,21%	743,6	18,64%
14	229,9	34,70%	358,2	29,63%	64,8	3,06%	652,9	16,37%
15	256	38,64%	576,6	47,69%	241,2	11,39%	1073,8	26,92%
16	571,3	86,23%	731,1	60,47%	1089	51,42%	2391,4	59,94%
17	443,9	67,00%	737,4	60,99%	1147,9	54,20%	2329,2	58,38%
18	331,7	50,07%	883,1	73,04%	1004	47,41%	2218,8	55,62%
19	391,6	59,11%	892,3	73,80%	1252,7	59,15%	2536,6	63,58%
20	404,3	61,03%	1118,5	92,51%	984,6	46,49%	2507,4	62,85%
21	313,1	47,26%	956,9	79,14%	890,4	42,04%	2160,4	54,15%
22	554	83,62%	957,3	79,17%	974	45,99%	2485,3	62,30%
23	407,4	61,49%	1118,5	92,51%	1390,2	65,64%	2916,1	73,10%
24	104,7	15,80%	432,9	35,80%	199,1	9,40%	736,7	18,47%

25	249,6	37,68%	648,3	53,62%	833,7	39,37%	1731,6	43,41%
26	329,8	49,78%	801,7	66,31%	754,5	35,63%	1886	47,28%
27	407,4	61,49%	718,9	59,46%	831,2	39,25%	1957,5	49,07%
28	107	16,15%	648,3	53,62%	269,9	12,74%	1025,2	25,70%
29	440	66,42%	883,1	73,04%	1063,3	50,21%	2386,4	59,82%
30	354,7	53,54%	576,6	47,69%	464,8	21,95%	1396,1	35,00%
31	148,4	22,40%	793,1	65,59%	305,8	14,44%	1247,3	31,27%
32	364,7	55,05%	731,1	60,47%	833,9	39,38%	1929,7	48,37%
33	354,7	53,54%	731,1	60,47%	819,2	38,68%	1905	47,75%
34	326,1	49,22%	504,3	41,71%	279	13,17%	1109,4	27,81%
35	209	31,55%	648,3	53,62%	556,1	26,26%	1413,4	35,43%
36	450,6	68,02%	956,9	79,14%	1562,8	73,79%	2970,3	74,45%
37	389,5	58,79%	956,9	79,14%	1212,4	57,25%	2558,8	64,14%
38	58,3	8,80%	71,6	5,92%	165,3	7,81%	295,2	7,40%
39	436,6	65,90%	956,9	79,14%	464,2	21,92%	1857,7	46,57%
40	235,9	35,61%	809,5	66,95%	1037,8	49,00%	2083,2	52,22%
41	600,5	90,64%	1118,5	92,51%	1561,3	73,72%	3280,3	82,23%
42	0	0,00%	648,3	53,62%	246,6	11,64%	894,9	22,43%
43	260	39,25%	718,9	59,46%	549,5	25,95%	1528,4	38,31%
44	59,5	8,98%	358,2	29,63%	327,8	15,48%	745,5	18,69%
45	243,3	36,72%	504,3	41,71%	648,1	30,60%	1395,7	34,99%
46	207,5	31,32%	801,7	66,31%	715,6	33,79%	1724,8	43,23%
47	192,1	29,00%	90,6	7,49%	325,5	15,37%	608,2	15,25%
48	349,5	52,75%	1209,1	100,00%	1718,3	81,14%	3276,9	82,14%
49	554,4	83,68%	966,5	79,94%	1187,7	56,08%	2708,6	67,89%
50	315,3	47,59%	358,2	29,63%	260,2	12,29%	933,7	23,40%

ANEXOS

ANEXO I
Autorização Institucional para a realização do Estudo no serviço de Pneumologia do
CHC, EPE



CHC Centro Hospitalar
de Coimbra, E.P.E.

SUA REFERÊNCIA 986
15-11-2010
 NOSSA REFERÊNCIA 1711/Sec
23-11-2010

Exmº. Senhor
Prof. Coordenador João Carvalho Duarte
 Presidente da Escola Superior de Saúde de Viseu
 Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº 102
 3500-843 Viseu

ASSUNTO Pedido de autorização para efectuar colheita de dados – “Qualidade de vida da Pessoa com DPOC” – Gabriela Maria da Silva Farias

*Conselho de
Administração*

Cumpre-nos informar V. Exa. que o pedido para a realização do trabalho de investigação, acima melhor identificado, foi autorizado, face ao parecer favorável do Enfermeiro Chefe do Serviço de Pneumologia e do Director do Serviço de Pneumologia.

Com os melhores cumprimentos,

O Enfermeiro Director
do Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.


 (Enf. António Sampaio)

/AH

C/c Enfermeiro-Chefe do Serviço de Pneumologia Enf. Jorge Leitão
 Director do Serviço de Pneumologia

ANEXO II**Declaração de Consentimento**

Designação do Estudo: “Qualidade de Vida da Pessoa com DPOC”

Eu, abaixo – assinado _____ ,

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo “Qualidade de Vida da Pessoa com DPOC”, sobre os objectivos, os métodos, os benefícios do estudo, a garantia da confidencialidade, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer perguntas que julguei necessárias. Foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação, pelo que me posso negar a responder às questões que me são feitas no estudo. Por isso, consinto em participar no estudo que me está a ser proposto, respondendo às questões que me são colocadas.

_____/_____/____

Assinatura: _____

ANEXO III**Instrumento de Recolha de Dados**

1 – Idade _____

2 – Sexo: Masculino Feminino

3 – Estado Civil

Solteiro

Casado

Viúvo

Divorciado

Separado

4 – Formação Literária

Não sabe ler e escrever

1º ciclo escolar

2º ciclo escolar

3º ciclo escolar

12º ano

Curso superior

Outro (especifique) _____

5 – Zona de Residência

Urbana

Rural

6 – Situação Profissional

Empregado(a)

Desempregado(a)

Reformado(a)

Outra (especifique) _____

7 – Agregado Familiar

Vive sozinho(a)

Vive com companheiro(a)

Vive com parentes

Vive com outros

8 – Número de internamentos no último ano _____

8 a) – Fumador Ex-Fumador Não Fumador

9 – Antiguidade de doença (tempo em anos)< a 1 ano Entre 1 a 5 anos Entre 5 a 10 anos Entre 10 a 15 anos > a 15 anos **10 – Estádio da DPOC: Estád. I Estád.II Estád. III Estád. IV** **11 – Tipo de tratamento: Oxigenoterapia: Sim Não** Ventiloterapia: Sim Não **12 – Cinesiterapia Respiratória: Sim Não** **13 – Reabilitação Respiratória ao Esforço: Sim Não** **APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN**

Responda às questões usando a seguinte escala

① Quase nunca

① Algumas vezes

② Quase sempre

1 – Estou satisfeito com ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa

① ① ②

2 – Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema

① ① ②

3 – Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida

① ① ②

4 – Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor

① ① ②

5 – Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família

① ① ②

Questionário do Hospital St. George na Doença Respiratória (SGRQ)

Este questionário ajuda-nos a compreender até que ponto a sua dificuldade respiratória o/a perturba e afecta a sua vida. Usamo-lo para descobrir quais os aspectos da sua doença que lhe causam mais problemas. Interessa-nos saber o que sente e não o que os médicos e as enfermeiras acham que são os seus problemas.

Leia atentamente as instruções. Esclareça as dúvidas que tiver. Não perca muito tempo nas suas respostas.

Antes de preencher o questionário:

Assinale com "x" a resposta que descreve melhor o seu estado de saúde actual:

Muito Bom (1) Bom (2) Moderado (3) Mau (4) Muito Mau (5)

PARTE 1

Para cada uma das perguntas seguintes, assinale a resposta que melhor corresponde aos seus problemas respiratórios, nos últimos 3 meses.

Assinale um só quadrado para cada pergunta.

	Maiores dos dias da semana	Vários dias na semana	Alguns dias no mês	Só com infecções respiratórias	Nunca
1. Durante os últimos 3 meses tossi:	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
2. Durante os últimos 3 meses tive expectoração:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Durante os últimos 3 meses tive falta de ar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Durante os últimos 3 meses tive crises de pieira (chiadeira ou "gatinhos" no peito):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Durante os últimos 3 meses, quantas crises graves de problemas respiratórios teve:	Mais de 3 crises <input type="checkbox"/> (4)	3 crises <input type="checkbox"/> (3)	2 crises <input type="checkbox"/> (2)	1 crise <input type="checkbox"/> (1)	Nenhuma crise <input type="checkbox"/> (0)
6. Quanto tempo durou a pior dessas crises? (passe para a pergunta 7 se não teve crises graves)	1 semana ou mais <input type="checkbox"/> (3)	3 ou mais dias <input type="checkbox"/> (2)	1 ou 2 dias <input type="checkbox"/> (1)	Menos de 1 dia <input type="checkbox"/> (0)	
7. Durante os últimos 3 meses, numa semana considerada como habitual, quantos dias bons (com poucos problemas respiratórios) teve?	Nenhum dia <input type="checkbox"/> (4)	1 ou 2 dias <input type="checkbox"/> (3)	3 ou 4 dias <input type="checkbox"/> (2)	Quase todos os dias <input type="checkbox"/> (1)	Todos os dias <input type="checkbox"/> (0)
8. Se tem pieira (chiadeira ou "gatinhos" no peito), ela é pior de manhã?	Não <input type="checkbox"/> (0)	Sim <input type="checkbox"/> (1)			

PARTE 2

Secção 1 *Assinale um só quadrado para descrever a sua doença respiratória:*

	É o meu maior problema	Causa-me muitos problemas	Causa-me alguns problemas	Não me causa nenhum problema
	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)

Se tem ou já teve um trabalho pesado, assinale uma das perguntas:

A minha doença respiratória obrigou-me a parar de trabalhar	A minha doença respiratória interfere (ou interfereu) com o meu trabalho normal ou já me obrigou a mudar de trabalho	A minha doença respiratória não afecta (ou não afectou) o meu trabalho
<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)

Secção 2 *Perguntas sobre as actividades que normalmente lhe têm provocado falta de ar nos últimos dias. Assinale com "x" a resposta "concordo" ou "não concordo", de acordo com o seu caso:*

	Concordo	Não Concordo
Quando estou sentado/a ou deitado/a	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
A tomar banho ou a vestir-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A caminhar dentro de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A caminhar em terreno plano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A subir um lance de escadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A subir ladeiras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A praticar desportos ou jogos que impliquem esforço físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Secção 3 *Mais algumas perguntas sobre a sua tosse e falta de ar nos últimos dias. Assinale com "x" a resposta "concordo" ou "não concordo", de acordo com o seu caso:*

	Concordo	Não Concordo
A minha tosse causa-me dor	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
A minha tosse cansa-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta-me o ar quando falo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta-me o ar quando me inclino para a frente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha tosse ou a falta de ar perturba o meu sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fico muito cansado/a com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Secção 4

Perguntas sobre outros efeitos causados pela sua doença respiratória, nos últimos dias.
Assinale com "x" a resposta "concordo" ou "não concordo", de acordo com o seu caso:

	Concordo	Não Concordo
A minha tosse ou a falta de ar, envergonham-me em público	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (3)
A minha doença respiratória é um incómodo para a minha família, amigos ou vizinhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho medo ou receio ou mesmo pânico quando não consigo respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto que não tenho controle sobre a minha doença respiratória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não espero melhoras da minha doença respiratória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha doença tornou-me fisicamente diminuído/a ou inválido/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fazer exercício é arriscado para mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tudo o que faço, parece-me ser um esforço excessivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Secção 5

Perguntas sobre a medicação para a sua doença respiratória. Caso não tenha medicação, passe para a Secção 6.
Assinale com "x" a resposta "concordo" ou "não concordo", de acordo com o seu caso:

	Concordo	Não Concordo
A minha medicação não me está a ajudar muito	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (3)
Tenho vergonha de tomar os medicamentos em público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha medicação provoca-me efeitos secundários desagradáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha medicação interfere muito com o meu dia a dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Secção 6

As perguntas seguintes referem-se a actividades que podem ser afectadas pela sua doença respiratória.

Assinale com "x" a resposta "concordo" se pelo menos uma parte da frase se aplica ao seu caso; se não, assinale "não concordo".

	Con- cordo	Não Con- cordo
Levo muito tempo a lavar-me ou a vestir-me	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
Demoro muito tempo ou não consigo tomar banho ou um duche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ando mais devagar que as outras pessoas, ou então tenho de parar para descansar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demoro muito tempo com tarefas como o trabalho da casa, ou então tenho de parar para descansar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando subo um lance de escadas, ou vou muito devagar, ou então tenho de parar para descansar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se estou apressado ou se caminho mais depressa, tenho de parar ou diminuir o passo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por causa da minha doença respiratória, tenho dificuldade em fazer coisas como: subir ladeiras, carregar pesos quando subo escadas, tratar do jardim ou do quintal, arrancar ervas, dançar, jogar à bola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por causa da minha doença respiratória, tenho dificuldade em fazer coisas como: carregar grandes pesos, cavar o jardim ou o quintal, caminhar depressa (8 quilómetros/hora), jogar ténis ou nadar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por causa da minha doença respiratória, tenho dificuldade em fazer coisas como: trabalho manual pesado, correr, andar de bicicleta, nadar com velocidade, ou praticar desportos muito cansativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Secção 7

Gostariamos de saber como é que a sua doença respiratória habitualmente afecta o seu dia a dia.

Assinale com "x" a resposta "concordo" ou "não concordo".

(Não se esqueça que "concordo" só se aplica ao seu caso, quando não puder fazer esta actividade, devido à sua doença respiratória).

Assinale todas as perguntas que se aplicam a si.

	Con- cordo	Não Con- cordo
Não sou capaz de praticar desportos ou jogos que impliquem esforço físico	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
Não sou capaz de sair de casa para me divertir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sou capaz de sair de casa para fazer compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sou capaz de fazer o trabalho da casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sou capaz de sair da cama ou da cadeira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Segue-se uma lista de outras actividades que provavelmente a sua doença respiratória o impede de fazer. (Não tem que assinalar nenhuma das actividades. Pretende-se apenas lembrar lista de actividades que podem ser afectadas pela sua falta de ar.)

- Dar passeios a pé ou passear o cão
- Fazer o trabalho doméstico ou tratar do jardim ou do quintal
- Ter relações sexuais
- Ir à igreja, ao café, ou ir a locais de diversão
- Sair com mau tempo ou permanecer em locais com fumo
- Visitar a família e os amigos ou brincar com as crianças

Escreva outras actividades importantes que tenha deixado de fazer devido à sua doença respiratória:

Assinale com "x" (só um) a resposta que melhor define a forma como é afectado/a pela sua doença respiratória:

Não me impede de fazer nenhuma das coisas que eu gostaria de fazer

Impede-me de fazer uma ou duas coisas que eu gostaria de fazer

Impede-me de fazer muitas das coisas que eu gostaria de fazer

Impede-me de fazer tudo o que eu gostaria de fazer

(0) (1) (2) (3)

ANEXO IV
Autorização para aplicação do SGRQ



*Centro de Estudos
e Investigação em Saúde
da Universidade de Coimbra*

Pedro Lopes Ferreira
Professor Associado com Agregação

Email: pedrof@fe.uc.pt
ceisuc@fe.uc.pt

Coimbra, 29 de Junho de 2011

Exma. Senhora Enfermeira:

Em resposta ao pedido que me formalizou tenho a comunicar que é com todo o prazer que autorizo que seja utilizada a versão portuguesa do instrumento de medição de estado de saúde SGRQ (*St. George Respiratory Questionnaire*) no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar. Junto anexo cópia desta versão.

Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos.

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Carta enviada por correio electrónico

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
Av. Dias da Silva, 1653004-512 COIMBRA •
tel/Fax 239 790 507